69e Année. 11e Série. Tome I. N° 17 23 Avril 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN.**

SOMMAIRE. — Bulletin : Policiers et Secouristes, par Marcel Baudouin. — Thérapeutique : Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie, par Daniel Témoin (de Bourges). — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : I. *Medecine.* — II. *Chirurgie.* — Revue des Journaux médicaux : De la Prophylaxie du saturnisme, par M. le Professeur Potain. — Pronostic et traitement des paralysies consécutives aux luxations de l'épaule, par M. le Professeur Duplay. — Les Livres nouveaux. — Les Congrès de Paques en 1898. — Variétés : Les maladies de l'île Saint-Kilda en Ecosse. — Nécrologie. — Formules. — Nouvelles et Faits divers. — Bulletin bibliographique. — Institut de Bibliographie.

BULLETIN

Policiers et Secouristes.

Quelqu'un qui aurait le courage et le temps d'étudier le fonctionnement de nos diverses administrations, comme un savant une expérience, comme un critique une œuvre nouvelle, serait stupéfait des découvertes qu'il ferait.

Pour notre compte personnel, nous avons récemment mis le nez dans le projet de budget de la ville de Paris pour 1898, et arrêté, en particulier, notre attention sur les chapitres ayant trait à l'assainissement de l'habitation, à la désinfection et aux ambulances pour malades et pour blessés, dans le but de nous faire une idée bien nette des conditions dans lesquelles fonctionnent, à l'heure présente, ces différents services, réunis dans la main d'une seule personnalité; et nous avons été un peu étonné de l'organisation de chacun de ces budgets partiels.

Il n'est pas douteux que le directeur d'une maison de commerce privée qui opérerait de la sorte ne serait pas très renseigné sur ses ressources pour l'exercice futur!

Mais ce petit système de désagrégation, poussé aussi loin qu'il est possible, a l'avantage de permettre toute une série de petites intercalations, très justifiées en droit d'ailleurs, qui passent inaperçues en raison de leur peu d'importance et étonnent même le critique le plus blasé, s'il n'est pas très exactement renseigné.

C'est ainsi que bien des personnes seront surprises d'apprendre que 2,500 francs de gratifications sont alloués chaque année aux gardes du Bois de Boulogne pour les secours qu'ils donnent aux sportsmen et sportswomen blessés. En fait, il n'y a rien là que de *très juste*, puisque, quand, dans le Bois, un homme tombe de cheval et se casse la jambe, le garde qui l'aperçoit doit aussitôt prendre ses jambes (ses jambes... de garde et non celles du malade) à son cou et courir à la recherche d'une boîte de secours. De telles courses valent certainement un salaire, pour ces excellentes personnes habituées au calme le plus parfait des solitudes boisées, d'autant plus qu'on leur fait perdre, en outre, un temps... précieux à apprendre le *Manuel du secouriste en campagne.* Mais voilà une organisation à laquelle nos grands secouristes n'avaient pas songé pour l'intérieur de Paris et même la France entière! Certes, il y a longtemps qu'ils avaient demandé à utiliser les sergents de ville pour les blessés des rues de la capitale; mais *ils avaient oublié de leur allouer un traitement*! C'est peut-être pour cela que, jadis, M. le Préfet de police refusa toujours d'envoyer ses troupes à l'Ecole des parfaits secouristes. Mais la découverte faite au Bois donnera aux constantes revendications de nos amis un regain d'actualité.

Pour mon compte, je l'avoue, puisque les sages-femmes sont devenues médecins, les anthropologistes experts en écritures, les médecins négociants, les pharmaciens médecins, les journalistes hommes d'affaires, je ne vois nul inconvénient à ce que d'anciens sergents soient nommés et appointés secouristes en dehors des fortifications et d'excellents policiers des infirmiers pour voie publique. Pourtant je demeure convaincu qu'une bonne voiture d'ambulances ferait mieux l'affaire! N'a-t-on pas dit :

> Quand les bœufs vont deux à deux,
> Le labourage en va mieux.

Mais, dans notre excellent pays de France, si on ne met pas toujours la charrue avant les bœufs, souvent on croit très original de mettre les bœufs par-dessus la charrue. Et ce qu'il y a de plus de curieux, c'est que tout marche tout de même! Ce Cyrano... (de Bergerac?), quel génie!

Marcel BAUDOUIN.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.

Par Daniel Témoin (de Bourges),
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

L'exstrophie de la vessie est un vice de conformation de l'appareil génito-urinaire caractérisée par ce fait que la paroi antérieure de la vessie et la paroi abdominale venant à manquer, la paroi postérieure de la vessie vient faire une saillie à l'hypogastre et se continue directement avec la paroi abdominale.

Historique. — C'était la tumeur fongueuse des anciens. Étudiée et comprise par de Villeneuve, 1767, cette infirmité congénitale fut désignée, par Chaussier, sous le nom d'exstrophie de la vessie. Breschet en recherche l'explication embryologique, mieux mise en lumière depuis, par les travaux de Quatrefages, Geoffroy-Saint-Hilaire, Vialleton.

En 1806 seulement, Dupuytren et Dubois cherchent à remédier à l'exstrophie par une opération consistant à suturer les bords de la vessie avivés et repliés sur la ligne médiane. Gerdy fait aussi des tentatives malheureuses, et Roux, le premier, songe à refaire une paroi antérieure à la vessie en empruntant aux téguments de l'abdomen; c'est la méthode autoplastique appelée encore méthode française. Presqu'en même temps, Simon de Saint-Thomas Hospital, un an avant Roux, avait imaginé de dériver le cours des urines par l'abouchement des urétères dans le rectum. Ainsi se trouvent établies les trois principales méthodes de traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie : 1° Suture directe des bords de la vessie; 2° Dérivation du cours des urines; 3° Reconstitution autoplastique de la paroi vésicale absente.

Anatomie pathologique. — Il est indispensable avant d'étudier les différentes méthodes de traitement, et sans vouloir faire un chapitre complet d'anatomie pathologique, de connaître les déformations qui accompagnent l'exstrophie de la vessie. Les procédés opératoires, en effet, n'ont pas seulement pour but de remplacer la paroi vésicale absente, mais encore d'obvier aux complications qui accompagnent toujours l'exstrophie. Ce vice de conformation est beaucoup plus fréquent dans le sexe masculin, et les méthodes opératoires s'adressent surtout aux organes génito-urinaires de l'homme. Au pourtour de la vessie, qui apparaît sous la forme d'une tumeur rougeâtre suintante, saignant souvent au moindre contact, l'épiderme de la paroi de l'abdomen se continue avec l'épithélium vésical sans ligne de démarcation bien nette. L'ombilic est tantôt séparé de la vessie par une zone de peau saine, tantôt, et le plus souvent, n'existe pas. Les uretères apparaissent de chaque côté, faisant presque toujours une saillie de plusieurs millimètres. Enfin l'exstrophie s'accompagne toujours d'épispadias et la tumeur vésicale se continue ainsi avec la gouttière creusée sur le pubis et le clitoris; les pubis sont disjoints, écartés, et cette gouttière remplace la symphise.

Ce qu'il est important surtout de retenir, au point de vue chirurgical, c'est que le sphincter de la vessie n'existe pas et que, quel que soit le procédé employé, on ne parviendra jamais à le créer et que jamais la vessie ne pourra avoir sa fonction physiologique.

Traitement. — Nous ne parlerons que, pour mémoire, des appareils qui ont été imaginés pour parer aux inconvénients de l'exstrophie de la vessie. Qu'ils portent le nom de Jurine de Genève ou de Boun d'Amsterdam, ils se composent tous d'une capsule s'adaptant au pourtour de la vessie et se continuant avec un tube en caoutchouc qui va aboutir à un réservoir situé le long de la cuisse.

Précautions préliminaires. — Instruments. — Quel que soit le procédé employé, les précautions antiseptiques devront être observées avec le plus grand soin, et surtout le sujet atteint d'exstrophie devra être baigné plusieurs jours de suite avant l'opération, et les parties qui avoisinent la tumeur vésicale lavées et savonnées afin de les débarrasser de l'épiderme souillé par l'urine. Deux aides suffisent — et sauf dans les cas où le chirurgien emploierait la méthode de Simon, aucun instrument particulier n'est nécessaire. Avec des bons ciseaux droits et courbes fins plutôt que gros, un bistouri à lame fine, des aiguilles à suture droites et courbes ou l'aiguille de Reverdin, des pinces à griffes de Reverdin, de la soie, des crins de Florence et de fines sondes pour le cathétérisme des utérères, l'opération, peut être menée à bien.

Age. — Disons de suite qu'il est préférable pour entreprendre cette opération que l'enfant soit déjà développé et il semble que l'âge de huit à douze ans est celui qui convient le mieux.

A. Dérivation du cours des urines. — Le sphincter de la vessie n'existe pas, les urétères déversent constamment les urines sur la surface vésicale à nu ; il est juste de songer à supprimer sa fonction en faisant passer les urines dans le rectum, et en remplaçant ainsi le sphincter vésical par celui de l'intestin. Pour obtenir un tel résultat, plusieurs procédés ont été employés, qui, s'ils n'ont pas tous été couronnés de succès, peuvent cependant guider pour des tentatives nouvelles.

1° *Abouchement des uretères dans le rectum.* — Ce procédé consiste (Simon de St-Thomas Hospital) à profiter du rapport assez intime qui existe entre les uretères et le rectum au moment où, après avoir plongé dans la vessie exstrophiée vers le petit bassin, ils se réfléchissent pour remonter vers le rein. Pour cette opération, il est indispensable d'avoir une sonde particulière (sonde de Simon) dont le canal intérieur est divisé sur toute sa longueur en deux compartiments. Chaque compartiment renferme un stylet terminé par une aiguille dans le chas de laquelle se trouve un fil.

1er *Temps :* Introduire cette sonde dans l'uretère jusqu'au point prévu du contact du rectum ; à ce moment, par un mouvement brusque, imprimé aux stylets, perforer par leurs pointes le rectum et attirer par l'anus au dehors une des extrémités du fil, l'autre étant retirée par l'uretère.

2e *Temps :* Un second fil placé de la même façon perfore de même les parois à un demi pouce au-dessous du premier, et les fils sont tirés de la même manière. Les fils du rectum sont liés entre eux et le second fil attiré par l'uretère entre le premier par l'orifice de la seconde ponction. Les parois de l'uretère et du rectum comprises entre deux piqûres peuvent donc être serrées par l'anse formée au niveau de la vessie, et sous cette constriction, elles se mortifient. Il en résulte une fistule urétéro-rectale.

Résultats : Sans compter les difficultés de ce procédé, son incertitude, et les dangers auxquels expose cette perforation aveugle de l'uretère et du rectum, les résultats sont peu satisfaisants ; les fistules s'oblitèrent peu à peu, s'incrustent de sels calcaires, et l'opération est à recommencer après peu de temps.

2° *Fistulisation recto-vésicale.* — Au lieu de chercher à établir une fistule urétéro-rectale, il était plus simple de songer à profiter des rapports intimes du rectum et de la paroi postérieure de la vessie, pour établir une fistule. Les organes génitaux existent rarement chez les exstrophiés et souvent les vésicales séminales manquent ou sont atrophiées.

a). La fistule peut être obtenue au moyen d'un trocart (Lloyd) qui perfore la cloison recto-vésicale. Par l'orifice ainsi formé, on introduit un corps étranger qui empêchera la réunion de la plaie.

b). On peut placer une pince spéciale (Holmes), agissant comme un entérotomie.

c). Le procédé le plus chirurgical de fistulisation de la vessie est celui qu'ont employé Sonnenburg et Pousson (de Bordeaux), et que Tuffier a favorablement modifié.

1° *Temps :* Inciser, sur trois centimètres environ, la paroi postérieure de la vessie entre les deux uretères jusqu'à pénétration dans le rectum ; réséquer la muqueuse vésicale entre les uretères ; suturer la muqueuse rectale à l'embouchure des uretères et à la muqueuse vésicale adjacente. La fistule étant constituée ainsi, introduire dans chaque uretère une sonde qui passe par la fistule et sort par l'anus ;

2e *Temps :* Disséquer la vessie exstrophiée et mobiliser ses bords ;

3e *Temps :* Réséquer les parties périphériques de la vessie pour n'en garder que ce qui est nécessaire pour recouvrir les uretères et former ainsi une petite cavité vésicale ;

4e *Temps :* Suturer les bords avivés de la vessie par un double plan de suture et réunir la peau au-devant la suture.

Les sondes sont laissées 5 à 6 jours.

Résultats : Ce procédé a donné de bons résultats. Comme on le voit, la vessie n'est laissée qu'à l'état de vestige comme organe de protection, mais sans fonction particulière. Le sphincter anal remplace les phincter de la vessie.

3° *Méthode de dérivation des urines avec abouchement des uretères à la paroi abdominale ; résection de la vessie.* — Cette méthode a pour but de profiter de l'épispadias pour y aboucher les uretères et de

supprimer la vessie. Lorsque la vessie est réséquée dans sa plus grande étendue, les uretères sont suturées dans la gouttière creusée à la face supérieure de la verge rudimentaire, puis l'ouverture abdominale est refermée en faisant glisser, après dissection, de chaque côté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané (Sonnenburg).

La cavité étant ainsi bouchée, si l'écartement des pubis était corrigé, si l'épispadias était, lui aussi, transformé de façon que la verge devînt un canal fermé, l'opération serait complète et la restauration aussi parfaite qu'on peut la souhaiter. La première partie de cette série opératoire fut comprise et exécutée par Gerdy-Dupuytren et Dubois qui imaginèrent de rapprocher les pubis.

Rapprochement des pubis. — *a)* Les os du pubis peuvent être rapprochés par pression continue progressive au moyen d'une ceinture (Trendelenbourg) dont le plein entoure le bassin et dont les extrémités se croisant au-devant de l'abdomen sont tendues par des poids de six à huit kilogr. pendant trois et quatre semaines. Mais cette ceinture est difficilement tolérée, des escarres se forment souvent, et pour peu que le sujet soit âgé, elle ne donne aucun résultat.

b). Le rapprochement peut être fait par disjonction brutale immédiate des articulations sacro-iliaques. Malheureusement les ligaments postérieurs sont extrêmement résistants, et ce procédé aussi ne pourrait être employé que chez des enfants en très bas âge (Pousson).

c). Méthode sanglante de la reconstitution de la symphise.

L'antisepsie a permis à Trendelenbourg d'aborder l'articulation sacro-iliaque à ciel ouvert; le malade est sur le ventre, une incision, parallèle à la symphise, est faite directement sur elle; tous les ligaments sont divisés lentement jusqu'à ce que le sacrum puisse se séparer de l'os iliaque. Lorsque cette séparation est faite, par une pression brusque, sur les deux crêtes iliaques, les pubis sont rapprochés. Certes, ce procédé est hardi, mais il est inutile d'insister sur ses dangers à cause des vaisseaux nombreux de la région, la blessure possible de l'artère Jemer et aussi sur sa difficulté.

B. Méthode autoplastique. — Il s'agit, par la méthode autoplastique, de trouver, sur la paroi abdominale ou sur le scrotum, assez de tissu pour recouvrir la paroi postérieure de la vessie, de telle façon que les lambeaux ainsi obtenus présentent leur face épidermique vers la vessie, et que leur face cruentée soit en dehors. Il s'agit de refaire une vessie dont la paroi antérieure sera constituée par de la peau.

Les lambeaux ne recouvriront que la vessie, ou bien ils recouvriront à la fois la vessie et l'épispadias. 1° *La vessie seule est recouverte.* Les lambeaux destinés à recouvrir la vessie peuvent être à simple plan ou à plans superposés. *a) Méthode à simple plan.* C'est le procédé de Roux qui a servi de modèle : Obtenir un large tablier périnéo-scrotal que l'on relève et que l'on suture au pourtour et au-dessus de la vessie, la face épidermique tournée vers cet organe. Procédé : faire sur les bourses une incision à concavité supérieure intéressant la peau, le dartos, le sphincter externe, la cloison des dartos qui est coupée dans la dissection.

Ce lambeau est disséqué jusqu'au-dessous de la verge. Au-dessus de la vessie pratiquer une incision demi-circulaire à concavité inférieure. Le lambeau scrotal est rabattu de bas en haut et suturé aux lèvres de cette incision.

Dans le lambeau, un orifice sera pratiqué pour faire passer la verge. Les urines s'écoulent par les angles latéraux de la plaie. Malheureusement le lambeau ainsi obtenu, malgré toute son épaisseur et ses dimensions, se rétracte bientôt, ne vit pas bien et donne, dans la suite, un mauvais résultat.

b). Méthode à double plan. — Le peu de vitalité du lambeau seul a fait songer à le doubler d'un second lambeau qui, se superposant à lui, augmenterait sa résistance et sa nutrition.

Procédé de Richard. — 1er temps : Un lambeau abdominal carré est disséqué et ses dimensions sont telles que, rabattu, son bord supérieur arrive à l'union de la vessie et de l'urèthre. — 2e temps : Un deuxième lambeau est disséqué sur le scrotum de la façon suivante :

Une incision supérieure H. B. G. contourne la vessie, longeant le bord latéral, puis l'union du corps caverneux droit avec le scrotum. Elle passe sous le pénis et remonte à gauche en suivant le même trajet qu'à droite. Cette incision intéresse seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Une deuxième inci-

sion est pratiquée intéressant tout le bord inférieur des bourses.

Ces deux incisions concentriques circonscrivent un lambeau de 4 centimètres de largeur à des pédicules de 5 à 7 1/2 dans les autres points. Le lambeau abdominal est rabattu et suturé à la jonction de la circonférence vésico-pubienne et de la plaie scrotale, recouvrant ainsi toute la muqueuse vésicale; la face cruentée du lambeau regarde en avant. Le lambeau scrotal est remonté sur cette face, et il recouvre ainsi la gouttière de l'urèthre.

Résultats. — Ce procédé laisse, de chaque côté, des fissures par où s'échappent les urines. Nous ne décrirons pas les procédés : d'Alquié, à lambeaux latéraux rabattus de droite et de gauche sur la vessie et recouverts de lambeaux abdominaux, et de Holmes à lambeaux obliques. Le procédé de Wood est celui qui a donné les meilleurs résultats et que presque tous les chirurgiens ont employé ou modifié.

Procédé de Wood. — 1° Tailler au-dessus de la vessie un grand lambeau carré à coins arrondis et suffisamment grand pour pouvoir, une fois rabattu, recouvrir toute la surface vésicale; 2° disséquer deux lambeaux latéraux d'une largeur égale à la longueur du lambeau abdominal et dont les bases adhèrent à l'aîne; 3° le lambeau abdominal est rabattu et les lambeaux latéraux sont transportés par glissement sur la surface vive du lambeau abdominal; ces deux lambeaux sont suturés sur la ligne médiane. Il est indispensable pour que ces lambeaux soient résistants que l'on comprenne dans leur épaisseur tout le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. M. le Pr Michel (de Strasbourg) a modifié légèrement ce procédé en recouvrant le lambeau abdominal médian par deux lambeaux latéraux qu'il a fait glisser et qu'il a suturés sur la ligne médiane. Une sonde est placée sous la partie moyenne du lambeau médian pour permettre le plus facile écoulement de l'urine.

Tous ces procédés à lambeaux peuvent donner d'excellents résultats immédiats, mais, après quelques mois, les lambeaux se rétractent, l'orifice qui persiste au-dessus de la verge sous le lambeau s'agrandit, et bientôt la moitié inférieure de la vessie se trouve de nouveau à découvert, et de nouvelles opérations sont nécessaires pour réparer l'orifice élargi. Le Pr Lefort a eu le mérite de formuler l'indication capitale du traitement chirurgical de l'exstrophie en montrant qu'il fallait surtout s'ingénier à « fermer l'orifice qui se trouve au-dessus du gland ». Qu'il fallait s'attacher à guérir l'épispadias en même temps que l'exstrophie vésicale.

2° *Opérations s'adressant à l'exstrophie et à l'épispadias.* — Dans toutes les opérations remplissant ce double but, il faut se servir de la peau du prépuce (Le Fort). — 1° Disséquer les téguments de la face inférieure de la verge et former ainsi un lambeau adhérent à la base du gland, lambeau mesurant trois centimètres et demi environ dans tous les sens. A la base de ce lambeau faire une incision parallèle à la verge par laquelle on fera passer le gland, et le lambeau sera alors ramené par-dessus la verge sur laquelle il sera suturé, recouvrant ainsi la gouttière uréthrale; — 2° Recouvrir alors la vessie, soit immédiatement, soit plus tard (Le Fort), lorsque le prépuce, ainsi rabattu, aura repris sa souplesse et perdu toute trace d'œdème.

Procédé de Richelot. — Dans un premier temps, le prépuce est disséqué comme précédemment et rabattu sur la gouttière uréthrale recouvrant aussi la partie inférieure de la vessie exstrophiée. Dans le deuxième temps, procéder immédiatement à la restauration de la paroi antérieure de la vessie par le procédé de Wood, les bords supérieurs des lambeaux latéraux sont rabattus et suturés sur la ligne médiane par-dessus le lambeau abdominal médian B. L'urine sortait par les deux orifices C, D. Lorsque tous les tissus sont consolidés (un ou deux mois après l'opération), obturer les orifices par où les uretères déversent l'urine. Il est plus prudent de les obturer successivement par un avivement des bords et une suture. Si la suture manquait en un point ou deux, une cautérisation au thermocautère suffirait à achever la guérison. Il est possible enfin de combiner la méthode de Le Fort-Richelot avec celle de Trendelenbourg modifiée. Trendelenbourg disséquait la vessie pour la resséquer; il est plus rationnel de la disséquer pour la garder, pour se servir d'elle-même pour reconstituer une cavité complète. Au lieu de la suturer suivant ses bords, il est possible de la rabattre, de façon que toute la partie supérieure située au-dessus des uretères vienne recouvrir le trigone et l'urèthre même pour contribuer à la restauration du canal qui sera achevée par l'ap-

plication du prépuce rabattu. C'est le procédé de M. Segond.

Procédé de M. Segond : 1er temps. — Disséquer la vessie et la rétrécir sur ses bords en l'excisant de façon à l'adapter à la gouttière pénienne.

2e temps. — Aviver les bords de la gouttière pénienne, rabattre la vessie sur cette gouttière et fixer la vessie sur les bords avivés.

3e temps. — Disséquer le prépuce comme dans les procédés Le Fort et Richelot, et rabattre le prépuce, après y avoir fait une boutonnière pour permettre le passage du gland sur la surface vésicale avivée. Le prépuce peut être assez large pour recouvrir presque toute la surface vésicale.

Dans ce procédé, si ingénieux, la vessie sert elle-même à constituer la paroi antérieure absente, et l'épispadias est supprimé. C'est donc le procédé qu'il faudra employer toutes les fois que l'exstrophie de la vessie pourra être modifiée par une opération.

Traitement de l'exstrophie dans le sexe féminin. — Quoique beaucoup plus rare, l'exstrophie peut exister chez la petite fille et, dans ce cas, c'est aux grandes lèvres qu'il faudra emprunter les tissus nécessaires. Après avoir avivé la face interne des grandes lèvres, elles pourront être suturées sur la ligne médiane, et ainsi la commissure supérieure de la vulve sera reconstituée. La vessie sera recouverte par le procédé de Wood. Mais nous pensons que dans le sexe féminin, le procédé de Segond donnerait des résultats complets, la vessie étant rabattue et recouverte par les grandes lèvres au-dessous desquelles serait ménagé un orifice pour l'écoulement de l'urine.

Pansements. — Dans toutes les opérations, il sera bon de se servir d'antiseptiques non caustiques, à cause de l'érythème si facile à déterminer sur la région scrotale. L'acide borique, en solution, suffira. Les pansements seront faits tous les jours en lavant, à cette solution, toutes les parties suturées. Les compresses humides boriquées seront laissées en permanence.

Suture. — Un point important est la suture. Devra-t-on la faire au catgut? Il ne semble pas que le catgut ait donné de bons résultats; les crins de Florence semblent préférables; Segond emploie les fils d'argent.

THÉRAPEUTIQUE

Nutrition et Cure saline.

Parmi les cures hydriatiques, c'est, assurément, la cure saline qui jouit actuellement de toute la faveur des thérapeutes. C'est que l'asthénie de la nutrition domine la pathologie contemporaine. Or, la balnéation chlorurée sodique possède, précisément, l'activité la plus foncièrement assimilatrice chez les personnes nerveuses, affaiblies ou surmenées, qui représentent les neuf dixièmes de de la clientèle hydro-minérale.

Dans une récente communication faite au Congrès français de médecine, le Dr Léon Baudin, médecin en chef du célèbre établissement de la Mouillère-Besançon, a démontré cliniquement l'influence curative indéniable des bains chauds salins, non seulement dans les tuberculoses locales, mais encore dans certaines formes torpides la phtisie pulmonaire.

Ce pouvoir thérapeutique se comprend, si l'on songe que le bain chloruré agit surtout pour redresser la nutrition intime des éléments anatomiques et perfectionner les échanges. Au pouvoir de la balnéation chlorurée sodique forte et iodo-bromurée, la Mouillère ajoute aussi les bienfaits de la cure d'air, pour relever les forces épuisées, activer les oxydations et ramener l'eutrophie organique, quelles que soient, d'ailleurs, les causes de la débilité constitutionnelle.

Les douches et bains chlorurés conviennent surtout aux chétifs, aux lymphatiques, aux convalescents, aux ostéo-arthropathiques, aux chloro-anémiques, aux neurasthéniques par malaria urbaine. Ils rendent d'immenses services aux jeunes strumeux, aux rachitiques, aux adénopathiques, ainsi que dans les paralysies anciennes et dans tous les troubles de la croissance.

Le Dr Monin a montré le grand cas qu'il fallait faire des eaux chlorurées bisontines contre l'arthritisme torpide, l'obésité et le diabète réfractaire à la cure vichyssoise. Sous l'action de l'hydriatique chlorurée, les forces renaissent, l'équilibre nerveux se rétablit, la nutrition phagocytaire se dessine, l'atonie et l'alanguissement s'enfuient. On voit bientôt la vulnérabilité cutanéo-muqueuse de la scrofule faire place au tempérament musculo-sanguin le plus caractérisé. Beluchef a, d'ailleurs, expérimentalement démontré que les bains salins élèvent la pression sanguine, rehaussent la capacité pulmonaire et la puissance dynamométrique, corsent l'appétence et concilient un sommeil réparateur. Les gynécologistes conseillent aussi la Mouillère contre les métrites chroniques, les engorgements angioleucitiques du petit bassin, les leucorrhées diathésiques et les pelvipéritonites rebelles à la médecine : une cure de 25 à 30 jours est souvent suivie de la disparition complète de tous ces symptômes pénibles de la sphère génitale dans le sexe féminin.

Dr Ph. Béraud.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

Le 19 avril, séance plus nourrie que la précédente à l'*Académie de Médecine* : les Académiciens sont revenus de Madrid et de Montpellier. Beaucoup de Français se désintéressent de ces Congrès et des questions qui y sont discutées à l'étranger. Ils se hâtent, leur communication une fois faite, — lorsqu'ils font une communication — de regagner leurs pénates! Le plus souvent d'ailleurs, ils brillent par leur absence. Nous signalons ce fait, en passant, pour montrer combien il est préjudiciable pour les intérêts de le Science française. Mais revenons à l'Académie de Médecine.

M. Laveran lit un travail de M. Matignon sur une **épidémie de peste à Formose en 1896.**

M. Jaccoud annonce la mort de MM. Charles West et Édouard Séguin, correspondants étrangers de l'Académie, le premier à Londres, le second à New-York.

M. Le Dentu présente le **Traité médico-chirurgical de Gynécologie** de MM. Labadie-Lagrave et Legueu.

M. Raillet lit une communication sur l'**Echinocoque chez l'homme et les animaux domestiques** (bœuf, mouton, etc.).

M. Saint Philippe lit un travail très intéressant **sur les bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux.**

Enfin M. André termine la séance en parlant du **mode d'action des Ostioles.**

Quelques communications vraiment intéressantes à la *Société médicale des Hôpitaux*, séance du 15 avril.

MM. Bezançon et Griffon confirment les recherches de M. Netter sur la **présence de pneumocoques virulents dans la bouche d'individus tout à fait sains.** M. Netter obtenait ses résultats en inoculant la salive à des souris. En cultivant la salive, le mucus amygdalien dans du sérum de lapin jeune, les auteurs ont isolé le pneumocoque; sur 40 individus qui n'avaient jamais eu de pneumonie, ils ont trouvé 40 fois le pneumocoque par ce procédé.

M. Barbier se demande si ce parasitisme individuel n'est pas le résultat du parasitisme ambiant. Dans quels milieux vivaient les sujets porteurs de pneumocoques?

M. Griffon répond que les sujets soumis à son expérience n'étaient entrés à l'hôpital que depuis quelques instants.

M. Hayem vient parler de la question de l'**hyperchlorhydrie créée par les alcalins à haute dose,** question qui déterminera bien l'emploi de ces alcalins, et en particulier du bicarbonate de soude. Les eaux minérales bicarbonatées agissent encore plus que le bicarbonate lui-même, parce qu'elles en facilitent l'absorption. L'hyperchlorhydrie, ainsi produite, s'observe chez les sujets qui ont des glandes normales en assez grand nombre. Chez les hypopeptiques, le résultat obtenu par l'usage prolongé des alcalins est l'apepsie.

MM. Achard et Weil font une communication sur l'**Insuffisance glycolytique,** insuffisance constatée au moyen de l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée. Cette insuffisance se rencontre dans diverses affections, et, d'abord, dans ce que les auteurs ont appelé le diabète fruste, dont ils ont observé 3 nouveaux cas. Dans la cachexie tuberculeuse, ils ont constaté 5 fois cette insuffisance, 2 fois chez 2 cancéreux et, à un degré très faible, chez un troisième. Dans diverses affections nerveuses (hystérie, tabès, goître exophtalmique), ils ont obtenu des résultats négatifs ou constaté seulement une insuffisance si légère qu'on ne saurait lui attribuer une importance clinique. Cependant, chez un hystérique, elle était bien accusée. Ils l'ont rencontrée aussi chez un myopathique, en même temps tuberculeux, et chez un sujet atteint de paralysie infantile très étendue. Dans un cas de myxœdème, elle existait également.

M. Richardière communique enfin une **statistiqu sur divers traitements de la diphtérie** : La statisti que que je soumets à la Société porte sur le premier semestre et sur les deux derniers mois de l'année; elle comprend 696 malades, dont 125 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 17,9 pour 100. En retranchant 31 cas de mort survenus moins de vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital, la mortalité se trouve réduite à 13,5 pour 100. Parmi ces cas, 433 diphtéries sans opération ont donné 4,1 pour 100. 172 enfants ont été tubés, 47 moururent, soit 27,2 pour 100. La cause de la mort des enfants opérés a presque toujours été la broncho-pneumonie. La trachéotomie primitive, pratiquée 11 fois, a donné 5 morts, soit 15,4 pour 100. La trachéotomie secondaire, après tubage, a été faite 56 fois; 11 enfants seulement ont survécu. Avec les interventions opératoires, le traitement a consisté à peu près exclusivement dans les injections de sérum antitoxique. Au-dessus de deux ans, les enfants ont reçu des injections de 20 centimètres cubes. Entre un et deux ans, la dose a varié de 10 à 15 centimètres cubes. Au-dessous d'un an, elle a été de 10 centimètres cubes. Le plus souvent, une seule injection fut suffisante. Comme traitement local, on a fait de grands lavages à l'eau bouillie de la gorge et du nez. Dans les cas graves, les lavages ont été faits avec des solutions de permanganate de chaux à 1 pour 4.000. Comme accidents consécutifs à ces injections, nous n'observâmes que des éruptions et quelques phénomènes articulaires. La broncho-pneumonie a causé la mort de 77 malades. Le traitement employé fut celui préconisé par Renaut (de Lyon) : bains chauds, 39°, de dix minutes,

outes les trois heures. J'ai observé 19 cas de paralysie diphtérique, mais il est probable que plusieurs de mes petits malades eurent des paralysies après leur sortie. Les autres complications furent exceptionnelles. Les examens bactériologiques ont montré que presque toujours les bacilles de Lœffler étaient accompagnés d'autres espèces microbiennes : streptocoques, staphylocoques, cocci divers, tétragènes, etc., etc., la constatation de ces espèces coexistant avec le bacile de Lœffler n'a aucune signification au point de vue du pronostic.

M. Barbier : La quantité de sérum à injecter doit être mesurée sur la gravité de l'intoxication. Le traitement antiseptique doit être employé parallèlement au traitement antidiphtérique.

II. — CHIRURGIE.

A l'*Académie de Médecine*, séance du 19 avril, M. Jonnesco, professeur à Bucarest, a communiqué de nouvelles observations sur la **résection des ganglions cervicaux sympathiques dans les cas d'épilepsie, de goître exophtalmique et de glaucome.** Ses 46 observations se rapportent : 35 à l'épilepsie, 4 au goître exophtalmique, 7 au glaucome. Sur les 35 observations d'épilepsie essentielle, 15 ont pu être suivies assez longtemps : 9 de ces épileptiques sont guéris (donc 56,25 0/0 de guérison); 4 améliorés (26,6 0/0); 2 insuccès (17,15). La guérison s'est maintenue dans 5 cas depuis 1 an 1/2; dans 5 cas, depuis 1 an et 1 mois; dans 3 autres, entre 9 mois et 1 an. En ce qui concerne les goîtres exophtalmiques, 5 cas ont été opérés par la résection étendue dans 2 cas aux ganglions supérieur et moyen, et la résection totale dans 3 cas. Les 5 malades sont guéris, dont 2 depuis 20 mois, 1 depuis 10 mois, 1 depuis 5, et l'autre depuis 3. Dans les cas de glaucomes, 7 malades ont été opérés, dont 1 porteur de glaucome et de goître exophtalmique associés (dans ce cas, résection totale). Dans les 6 autres, on a pratiqué la résection du ganglion cervical supérieur. Les résultats ont été excellents dans les cas de glaucome chronique simple, tant au point de vue du tonus oculaire qu'à celui de la vision, car les 3 malades déjà iridectomisés, sans résultat, ont récupéré la vue après la résection du sympathique, et les douleurs, ainsi que le tonus oculaire, ont disparu. Il est à noter que les glaucomes de nature irritative paraissent au contraire résister à ce traitement. M. Abadie, qui a publié un cas de ce genre à la Société d'Ophtalmologie, ne s'est guère occupé que des résultats au point de vue de la vision proprement dite.

Puis MM. Combemale et Gaudier, de Lille, rapportent le cas d'une **femme atteinte d'un goître latent**, qui, sous une influence inconnue, s'est mis à grossir en s'accompagnant de tachycardie et de tout l'appareil symptomatique de l'hyperthyroïdisation. Une médication malencontreuse par la thyroïdine augmenta encore cet état alarmant. Après une tentative médicamenteuse peu efficace pour calmer le cœur, dont l'affolement menaçait la vie de la malade par asystolie aiguë, les auteurs ont eu recours à la section du sympathique cervical. Les résultats de cette intervention furent : 1° La diminution immédiate de l'exorbitisme ; 2° L'abaissement de 200 à 100, dans la semaine, du nombre des battements cardiaques, en même temps que la disparition des phénomènes douloureux précordiaux ; 3° Sur le goître, il n'y eut point de modifications. La seule sédation des phénomènes douloureux a, d'ailleurs, paru satisfaisante à la malade, qui s'est déclarée vivement satisfaite. Les chirurgiens qui ont déjà effectué cette opération semblent penser que la tachycardie, dès la section du sympathique, cesse, du fait d'une action directe ou de voisinage sur le cœur, de nerf à nerf. Or, les effets attardés de la section du sympathique sur le pouls ne peuvent légitimer cette hypothèse. Les auteurs pensent avec M. Wertheimer, que les filets sympathiques de la thyroïde, après la section du tronc, cessent de présider ou d'activer l'hypersécrétion thyroïdienne, cause de la tachycardie, et qu'ainsi l'ébullition cardiaque cesse, faute d'aliments pour l'entretenir.

REVUE DES JOURNAUX MÉDICAUX

De la Prophylaxie du saturnisme,
par M. le Professeur Potain

Beaucoup de saturnins ont deux coliques par an environ ; que fera-t-on ? De grands progrès ont été réalisés dans la voie de la prophylaxie du saturnisme, mais on peut cependant dire qu'à côté de prescriptions utiles, beaucoup ne méritent pas d'être retenues. On a beaucoup discuté sur le mode d'intoxication saturnine; on a cru que le plomb appliqué sur la peau peut, tout au plus, produire des paralysies musculaires. En enduisant de pommade de plomb des animaux rasés, on a constaté chez eux une intoxication violente. Or cette expérience n'est qu'une illusion, une observation attentive montre que cette intoxication se produit parce que l'animal se lèche; si on parvient à l'en empêcher, aucun phénomène ne se produit. L'absorption par les bronches est, elle aussi, une illusion; l'intoxication se produit, il est vrai, lorsqu'on introduit du plomb dans la trachée, mais c'est parce que les animaux toussent, renvoient ce plomb, et l'avalent. L'intoxication par le tabac à priser est due au même mécanisme. C'est donc bien par les voies digestives qu'a lieu l'absorption du plomb, même s'il n'est pas à l'état soluble. Cette absorption dépend de l'état d'acidité des voies digestives. Si le milieu stomacal est alcalin, aucune réaction ne se produit, le plomb n'est pas rendu soluble; si, au contraire, l'estomac est acide, on voit se produire l'absorption; l'expérience nous l'a

prouvé. Nous pouvons donc dire qu'en peinture, puisque l'absorption du plomb se fait par les voies digestives, il n'y a qu'une chose dangereuse, c'est le ponçage, opération qui consiste à frotter au papier de verre la peinture sèche, et qui permet ainsi de respirer et d'avaler de la poussière de plomb. Le second danger est l'acidité de l'estomac; or, cette acidité n'a lieu qu'au moment de la digestion; le reste du temps, le milieu stomacal est presque neutre. Par conséquent, tout danger peut être écarté en ne buvant pas de vin ni d'alcool, non que l'abus de l'alcool diminue la résistance à l'absorption du plomb, mais parce qu'il entretient un état acide des voies digestives. On a préconisé de se laver la bouche, le nez, la gorge, les mains fréquemment, lorsqu'on est peintre; le plus utile est d'éviter d'aspirer les poussières de plomb que peut contenir l'air. Ces poussières n'y sont en suspension qu'au moment du ponçage; on peut, durant cette opération qui n'est pas d'une fréquence extrême, porter un respirateur, instrument gênant mais qui écarte le danger. En plus, il faudra combattre l'acidité de l'estomac. (*La Tribune médicale.*)

Pronostic et traitement des paralysies consécutives aux luxations de l'épaule; par M. le Professeur Duplay.

Il faut bien se garder de croire que le pronostic de ces paralysies est bénin. Il est, en réalité, très variable, et en cela encore il se rapproche de celui de la paralysie radiculaire. Ainsi que je l'ai déjà dit, en tirant de cette variabilité même un argument contre la théorie pathogénique de la compression directe, tantôt la guérison est rapide, tantôt on observe une aggravation et une extension graduelles des troubles paralytiques, qui peuvent persister pendant un temps considérable ou même indéfiniment, constituant une infirmité tout à fait incurable.

Dans un grand nombre de cas, comme pour la paralysie radiculaire, les muscles paralysés subissent une atrophie rapide; puis on voit survenir des troubles trophiques, et enfin il n'est pas rare de voir survenir l'apparition de phénomènes douloureux témoignant de l'existence de lésions névritiqnes.

C'est ainsi qu'un de mes malades accuse déjà depuis quelques jours des douleurs vives qui troublent son sommeil. J'ajoute que, chez lui, nous avons pu constater que les muscles paralysés ne répondent plus à l'excitation électrique. Il en est de même pour un autre malade, chez lequel la contractilité musculaire est déjà très affaiblie, bien que l'accident qui a produit la luxation ne date que de 9 jours. Comme conclusion pratique, en raison de la gravité de ces paralysies, on ne manquera jamais, en présence d'une luxation de l'épaule, de se préoccuper de l'existence possible d'une paralysie, afin que celle-ci soit constatée avant toute tentative de réduction, car, pour peu qu'on ait dû faire quelques efforts violents en réduisant la luxation, on pourrait être accusé d'avoir provoqué la paralysie par les manœuvres nécessaires pour opérer la réduction. Au point de vue du traitement, l'électrisation constitue la seule méthode susceptible de produire de bons effets, mais il est souvent nécessaire d'en poursuivre longtemps l'application, et l'on doit savoir qu'on sera parfois dans l'obligation de persévérer pendant plusieurs mois avant d'obtenir un résultat appréciable. Je me souviens, à ce propos, d'un malade que j'ai observé à l'hôpital Beaujon et que je considérais comme incurable, quoiqu'il eût été soumis avec une patience admirable par un des élèves du service au traitement électrique, auquel on avait associé les douches locales et le massage : c'est seulement après plus de six mois qu'une très légère amélioration a commencé à se manifester; le retour de la contractilité musculaire a continué ensuite à s'accentuer progressivement jusqu'à ce qu'une guérison presque complète ait été obtenue.

(*Semaine médicale*).

LES LIVRES NOUVEAUX

F. Terrier, Guillemain et Malherbe. — **Chirurgie du Cou.** — Paris, Alcan, 248 p., in-12, 101 fig.

Ce volume est divisé en quatre parties. Dans la première, consacrée à la chirurgie des voies aériennes, les auteurs étudient la laryngoscopie, le cathétérisme et la dilatation des voies aériennes, le traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, les laryngotomies, les laryngectomies, la trachéotomie. Dans la deuxième partie est étudiée la chirurgie du corps thyroïde : thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goître. La troisième partie comprend la chirurgie de l'œsophage, et la quatrième la chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques des muscles et nerfs du cou : ligature des artères, anévrysmes, torticolis, etc. Ainsi disposé, ce travail, qui n'est que le résumé des leçons faites par M. le Prof. Terrier à la Faculté de médecine, pendant l'année 1896, se recommande suffisamment par lui-même et par l'autorité de ses auteurs, M. Terrier et ses deux éminents collaborateurs.

Annuaire des Eaux thermales, Stations climatiques et Sanatoria de la France et de l'étranger.— Maloine, Paris, 1898, 271 p., in-12, 12 fig.

La *Gazette des Eaux* nous présente cet opuscule, qu comprend les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratifs des eaux minérales au ministère de l'intérieur, à Paris; la liste du personnel chargé de ce service; celle des membres du comité consultatif d'hygiène, de la commission des eaux minérales à

l'Académie de médecine, etc.; la liste des stations thermales françaises, avec le nom de leurs médecins; la liste des médecins des stations par ordre alphabétique; la liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France; la nomenclature générale des Eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires, et les moyens de locomotion pour s'y rendre; le memento de leurs principales indications thérapeutiques; la nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères; le classement des sources minérales selon leur nature et leurs caractères chimiques, etc., etc. Enfin tout ce qui a rapport aux eaux minérales est indiqué avec netteté dans cet ouvrage, pourtant peu volumineux, mais dont l'abondance des renseignements indique bien l'utilité. Grâce à l'importance thérapeutique prise aujourd'hui par les Eaux minérales, les Cures d'air, les Sanatoria, dans toutes les affections d'ordre chronique, il convenait de donner à ces vastes études une formule plus succincte, et plus pratique pour tous ceux qui, chaque jour, ont besoin de s'y reporter : c'est là réellement le mérite de l'ouvrage qui nous occupe.

[I. B. S.]

LES CONGRÈS DE PAQUES EN 1898

Le Congrès français de Médecine de Montpellier.

Le quatrième Congrès français de Médecine s'est ouvert à la salle des Concerts, le 10 courant. Parmi les notabilités médicales, on remarquait : M. Bernheim, professeur à Nancy, président du Congrès; de Cerenville, professeur à Lausanne, etc. — M. Vernière, maire, a salué les congressistes au nom de la ville, fière de leur offrir l'hospitalité. Après lui, le professeur Grasset, président du Comité d'organisation, a souhaité la bienvenue à ses éminents confrères, qui se convaincront que l'Université de Montpellier, six fois centenaire, ne le cède en rien aux facultés étrangères. Le président Bernheim a remercié les membres de l'honneur qui lui était fait et prononcé un long discours, passant en revue tous les malaises qui atteignent l'humanité et que la Science connaît aujourd'hui et enraye. Il a terminé en rappelant le glorieux passé de la Faculté de Montpellier et en montrant le présent, digne de si nobles traditions. Le professeur Carrieu, secrétaire général, a rendu compte de l'organisation du Congrès, qui compte 636 adhérents.

Congrès d'hygiène de Madrid.

Le Congrès d'hygiène, section de Microbiologie, a entendu, outre la communication du professeur Chantemesse, de Paris, sur le *Sérum contre la fièvre typhoïde*, les principales communications suivantes : de M. Nocard, de Paris, sur la *découverte du microbe de la péripneumonie des bovidés;* de MM. Roux et Borrel sur le *Tétanos ;* de M. Loffler, de Berlin, sur la *Fièvre aphteuse ;* de M. Behring, de Berlin, sur la *Toxine tuberculeuse;* de M. Metchnikoff, de Paris, *Sur l'immunité.*

L'inauguration du congrès a été des plus brillantes. La cérémonie était présidée par le ministre de l'intérieur, assisté des docteurs Brouardel et Calleza, du gouverneur et du maire de Madrid. De nombreux congressistes ont assisté à une course de taureaux. Au congrès d'hygiène, le délégué américain a prononcé un discours très discret, dans lequel il n'a fait aucune allusion à la question pendante entre les Etats-Unis et l'Espagne. Le délégué mexicain a pris ensuite la parole et a fait le plus grand éloge de l'Espagne. « C'est elle, a-t-il dit, qui a découvert l'Amérique et qui y a introduit la civilisation. L'Amérique lui doit donc une reconnaissance éternelle. » L'orateur a été l'objet d'une véritable ovation. Les membres espagnols du congrès ont décidé d'ouvrir une souscription pour offrir un banquet au délégué du Mexique, comme preuve de la sympathie de l'Espagne pour cette république.

Congrès des sociétés savantes.

Le congrès annuel des sociétés savantes de Paris et de la province a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Alexandre Bertrand, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, assisté de M. Raoul de Saint-Arroman, représentant le ministre de l'instruction publique.

VARIÉTÉS

Les maladies de l'île Saint-Kilda, en Ecosse.

Deux jeunes Anglais, MM. R. et C. Kearton, un zoologiste et un photographe animalier, viennent de faire tout récemment un séjour à Saint-Kilda, île d'Ecosse. Ils l'ont raconté dans *With Nature and a Camera* (Londres, Cassell). Depuis deux siècles, il a été recueilli bon nombre de faits curieux relatifs à cet îlot microscopique.

De cette nécessité où sont les habitants de marcher sur des rochers abrupts et de cette circonstance que le pied tend sans cesse, dans la marche sur les pentes et sur un sol inégal, à sortir des chevilles, il est résulté une *conformation particulière pour le pied de ces insulaires.* Les chevilles ont pris un développement extraordinaire, et c'est entre deux malléoles puissantes que le pied vient s'articuler. Il n'y a rien de bien surprenant ; c'est un effet naturel, un résultat inévitable de l'exercice; mais il serait très intéressant de voir jusqu'à quel point cette hypertrophie du squelette d'une partie du corps est *héréditaire*;

jusqu'à quel point elle se présente chez l'enfant de Saint-Kilda comparé à un enfant de même race, qui n'a point derrière lui la même lignée de grimpeurs hardis.

Son histoire pathologique, depuis cent cinquante-neuf ans, tient en quelques faits simples. En 1724, terrible épidémie de petite vérole qni ne laisse vivants que quatre adultes du sexe masculin et vingt-six enfants.

Saint-Kilda a sa pathologie, qui mérite qu'on s'y arrête. Autrefois — il n'y a pas bien longtemps encore — la plupart des nouveau-nés étaient enlevés par un mal mystérieux qui reçut le nom de *maladie de huit jours*. Celle-ci commençait vers le cinquième jour et se manifestait par le refus de prendre le sein : elle s'achevait au huitième jour par la mort, étant généralement fatale. Elle était à telle point répandue, et l'échéance en était si constante qu'aucune mère prudente n'eût songé à préparer des vêtements pour son enfant avant d'avoir franchi le cap redoutable, et si l'on veut bien considérer que deux mères, qui eurent 28 enfants à elles deux, ne purent en mener à bien plus de quatre, il paraîtra que la prudence avait sa raison d'être. Nous n'avons point de données exactes sur la nature de cette maladie, mais tout porte à croire qu'elle était d'ordre infectieux et due à quelque microbe. Ce qui est certain, c'est que par la propreté et par l'antisepsie — qui est la propreté à son comble, à son plus haut degré d'exaspération — le pasteur présent, qui exerce aussi les fonctions de médecin, a fait cesser les ravages de la maladie de huit jours.

Une autre affection curieuse dont Saint-Kilda avait et a encore le monopole, est le *rhume des étrangers*. La légende racontait — car les traditions s'en vont, en ce siècle de peu de foi, — la légende racontait qu'aussitôt qu'un navire ou une barque venait visiter l'île, toute la population était prise d'une façon de grippe, de sorte qu'elle était fortement combattue entre le plaisir de recevoir des visites et de savoir ce qui se passait dans le monde extérieur, et l'ennui du compte à régler sous forme de maladie. Ce phénomène était connu il y a deux cents ans, car Martin l'observa : et il voulut même l'expliquer, mais les habitants prirent fort mal son idée, que « c'était simplement de l'imagination ». Plus récemment, en 1860, la *Porcupine*, de la Marine de guerre anglaise, visita Saint-Kilda et y resta vingt-quatre ou quarante-huit heures : un ou deux jours après, les habitants étaient presque tous au fond du lit, avec la grippe, — ou une affection *ejusdem farinæ*, — occupés à maudire la sollicitude de leur gracieuse Majesté qui aurait bien dû garder sa *Porcupine* au port. Un visiteur qui passa dix jours plus tard trouva l'épidémie dans son plein. Ces épidémies ne sont pas fatalement apportées par tous les visiteurs ; mais, en 1876, il y en eut une après la visite du gérant et, en 1877, après abordage d'un équipage de vaisseau naufragé. On sait que la grippe ne vaccine guère le malade à l'égard d'atteintes ultérieures : elle l'y prédispose bien plutôt. Et c'est pourquoi les habitants de Saint-Kilda considèrent de leur plus mauvais œil le visiteur qui présente la moindre velléité de catarrhe : le gérant, en particulier, redoute encore — car cette histoire date d'hier, de l'an dernier — le gérant, dis-je, redoute de se moucher en public, car il sait que si la grippe éclatait, on lui en imputerait la responsabilité, et le prestige de son maître, pour le compte duquel il vient toucher les loyers, en souffrirait. Et son âme de fonctionnaire frémit à cette pensée....

FORMULES

Pilules laxatives.

(M. Einhorn.)

Podophyllin.....		0 gr. 30 centigr.
Extrait de noix vomique....	àà	0 — 50 —
— de fève de Calabar..		
— de gentiane.....		Q. S.

Mêlez et divisez en trente pilules. A prendre : une pilule matin et soir.

NÉCROLOGIE

On connaît la mort du docteur V. Martin Durr, décédé à l'hôpital de la Pitié, à la suite d'une hémorragie interne consécutive elle-même à une opération externe, d'ailleurs réussie, à laquelle il avait voulu se soumettre. Il avait à peine trente-deux ans. Il était secrétaire de la Société de médecine. Il avait été préposé, il y a quelques années, d'abord à Maubeuge, puis à Brest, à la surveillance et aux mesures prophylactiques à prendre lors de l'épidémie cholérique sévissant alors en Belgique et sur le littoral breton. Ses obsèques ont été célébrées en l'église Saint-Médard, où s'étaient réunis un nombreux concours de notabilités médicales, ainsi qu'une délégation du comité d'Alsace-Lorraine. Sur la tombe, au cimetière d'Ivry, MM. Rémy, agrégé de la Faculté de Médecine, secrétaire de la Société d'histologie, et A. Réville, du Collège de France, ont prononcé quelques paroles émues pour rendre un dernier hommage au mérite du jeune savant si brusquement ravi à sa famille et à ses amis.

— M. le Dr L. Pouzet père (de Privas). Ce très honoré confrère longtemps médecin de l'hôpital de cette ville, laisse les plus vifs regrets. — MM. les docteurs Brunet (de Paris), Chapotel (de Choisy-le-Roi) ; Giraux (de Châlons) ; Mas (de Recoules-Previnquières). — M. le Dr Worms (Jules), membre associé libre de l'Académie de médecine, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer du Nord, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Paris à l'âge de 69 ans.

M. le Dr Brocchi, professeur de zoologie à l'Institut agronomique, maître de conférence à l'Ecole des ponts et chaussées. Savant aussi distingué que modeste, M. Brocchi laissera un vif regret à tous ses anciens élèves et à tous ceux qui l'ont connu et ont pu apprécier son caractère et son esprit élevé. M. Brocchi était chevalier de la Légion d'honneur. Il a été enlevé subitement, à l'âge de cinquante-neuf ans, par une hémorragie cérébrale.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 10 mai; un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 24 mai.

Ecole de Médecine de Tours. — Un concours sera ouvert, en mai prochain, pour la nomination de trois chefs de clinique.

École pratique de la Faculté de médecine. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé, le mardi 19 avril, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur les *applications cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme.*

Il le continuera les samedis et les mardis suivants, à cinq heures.

Monument J. Rochard. — Nous apprenons que sur l'initiative du comité du monument Jules Rochard, présidé par M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le conseil municipal de la ville de Saint-Brieuc vient de décider que ce monument serait érigé sur le rond-point situé au haut de la rue des Merles, laquelle prendra dorénavant le nom de rue Jules-Rochard. Nos lecteurs apprendrons avec plaisir cet hommage rendu à la mémoire d'un savant éminent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Georg THIEME, Verlag, Leipzig.

HOFFA. — **Die Redression des Buckels nach der Methode von Calot.** — Broch. in-8° de 20 pages, avec 8 fig. dans le texte. Leipzig, 1898.

KARGER, Karlstrasse, 15, Berlin.

GELLHORN (Georg). — **Uber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebærmutter-scheidenkrebses mit dem Glüheisen.** — Broch. in-8° de 92 pages. Berlin, 1898.

MARETHEUX (L.), impr., 1, rue Cassette, Paris.

DEPIERRIS. — **Utilité de l'antisepsie dans les établissements thermaux.** — Broch. in-8° de 10 pages. Paris, 1898.

LAMERTIN (H.), 20, rue du Marché-au-Bois, Bruxelles.

SANS (Fritz). — **Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière.** — Broch. in-8° de 40 pages avec 12 figures. Bruxelles, 1898.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Tout étudiant en médecine, qui enverra à la *Gazette Médicale de Paris*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, deux exemplaires de sa thèse de doctorat, aura droit *gratis* à un abonnement d'un an, à la seule condition d'en adresser la demande écrite aux bureaux de l'*Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain.

INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE

PARIS. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — PARIS.

VIENT DE PARAITRE :

Les opérations nouvelles sur les voies biliaires; par le Dr Marcel BAUDOUIN, *chef du laboratoire du cours d'opérations à la Faculté de medecine*. Préface de M. le professeur Félix TERRIER, Paris, 1898, volume de 200 pages.

D'après le *Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1898, p. 379-380), la monographie de M. Baudouin, accompagnée d'une introduction de M. Terrier, n'est pas seulement une description comparative des interventions chirurgicales tentées jusqu'à présent sur les voies biliaires, description témoignant d'une connaissance de la littérature la plus moderne de la question; elle est encore, — et c'est là le principal mérite de l'ouvrage en question - , une étude critique et une classification logique de ces interventions. Comme les opérations séparées y sont classées d'après le principe unitaire, leur nomenclature, jusqu'à présent un peu arbitraire, va être, elle aussi, par suite, modifiée d'une façon systématique. L'auteur nous montre dans sa description comparative l'ensemble des interventions chirurgicales entreprises sur le *canal hépatique*. ainsi que sur ses embranchements, le *canal cystique* et le *canal cholédoque*, à l'exception de la cholédochotomie et cholédochostomie simples, qui ont été décrites ailleurs par M. Terrier lui-même. De ce que nous venons de dire il appert que la chirurgie de la vésicule biliaire n'est pas abordée dans ce livre, consacré exclusivement aux *voies* biliaires. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans les détails. Nous pouvons seulement dire, dès maintenant, que l'auteur a réussi à apporter un ordre parfait dans le chaos des opérations diverses entreprises sur les voies biliaires. Nous ne doutons pas non plus qu'il n'ait atteint son but principal de propager parmi les médecins français la connaissance de cette partie de la chirurgie, qui est, dans une proportion très considérable, le domaine de la chirurgie allemande. Nous croyons par suite que cette monographie sera d'une grande utilité à tous ceux qui voudront s'occuper particulièrement de cette branche de la chirurgie. La tentative de l'auteur de donner à la fin de son ouvrage une table des matières basée sur le système décimal international (Dewey-Baudouin) exigerait de la part de l'auteur une explication pour être bien compréhensible.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

CHIRURGIE DE L'INTESTIN

Par le professeur **JEANNEL**, de Toulouse

Magnifique volume de 400 pages environ, avec 363 gravures dans le texte.

PRIX. . . . . **10** francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel BAUDOUIN.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.